FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1919 — THÈSE — N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Lucien DUBOST

Né à Saint-Étienne (Loire), le 23 août 1890

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES

NOTIONS NOUVELLES SUR

LA GRIPPE

Président : M. CHANTEMESSE, *professeur*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & Cie, ÉDITEURS

15, Rue Racine (VIe)

1919

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER

ASSESSEUR : G. POUCHET

PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	TEISSIER N...
Pathologie chirurgicale	LEJARS
Anatomie pathologique	LETULLE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	N.
Anatomie topographique	Auguste BROCA
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	P. CARNOT
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	N.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	N.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Bactériologie	BEZANÇON
Clinique médicale	GILBERT DEBOVE CHAUFFARD WIDAL
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	DUPRÉ
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	N.
Clinique des maladies du système nerveux	Pierre MARIE
Clinique chirurgicale	DELBET QUENU HARTMANN
Clinique ophtalmologique	N.
Clinique des maladies des voies urinaires	De LAPERSONNE LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR COUVELAIRE RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	N.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN
Hygiène et clinique de la 1re enfance	MARFAN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
ALGLAVE	GUILLAIN	LOEPER	ROUVIERE
BERNARD	JEANNIN	MAILLARD	SCHWARTZ (A.)
BRANCA	JOUSSET (A.)	MOCQUOT	SICARD
BRUMPT	LABBÉ (H.)	MULON	TANON
CAMUS	LAIGNEL-LAVASTINE	NICLOUX	TERRIEN
CASTAIGNE	LANGLOIS	NOBECOURT	TIFFENEAU
CHAMPY	LECENE	OKINCZYC	VILLARET
CHEVASSU	LEMIERRE	OMBRÉDANNE	ZIMMERN
DESMAREST	LENORMANT	RATHERY	
GOUGEROT	LEQUEUX	RIBIERRE	
GRÉGOIRE	LEREBOULLET	RICHAUD	
GUÉNIOT	LEGRY	ROUSSY	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation

A MA FEMME

A MES PARENTS

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR CHANTEMESSE

Membre de l'Académie de Médecine
Médecin de l'Hôtel-Dieu
Commandeur de la Légion d'honneur.

A MES MAITRES

MONSIEUR LE PROFESSEUR CHANTEMESSE
Médecin de l'Hôtel-Dieu

MONSIEUR LE PROFESSEUR TIXIER
Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté
de Médecine de Lyon.

MONSIEUR LE PROFESSEUR TEISSIER
Professeur de clinique médicale à la
Faculté de Médecine de Lyon

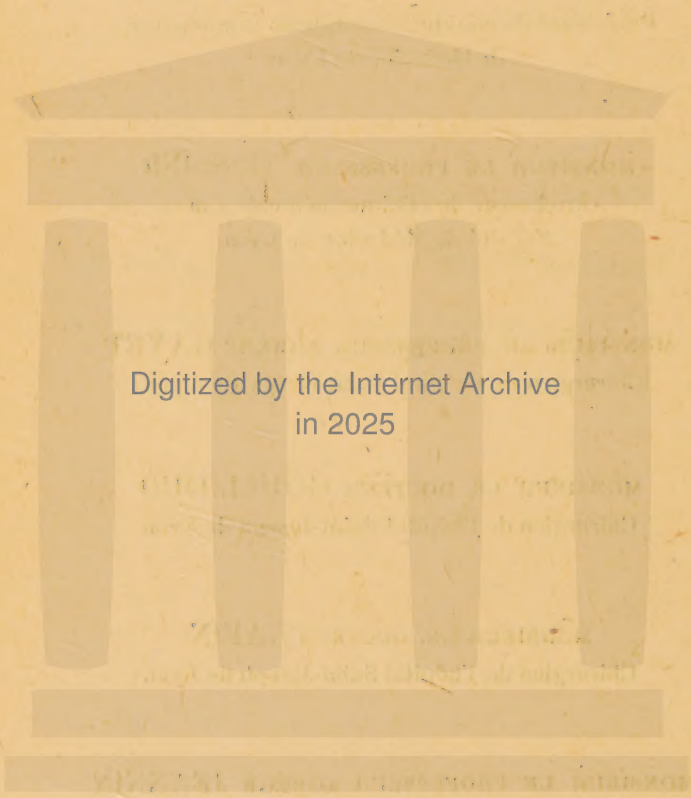
MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ GAYET
Chirurgien de l'hôpital Saint-Pothin de Lyon

MONSIEUR LE DOCTEUR GOULLIOUD
Chirurgien de l'hôpital Saint-Joseph de Lyon

MONSIEUR LE DOCTEUR RAFIN
Chirurgien de l'hôpital Saint-Joseph de Lyon

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ JEANNIN
Accoucheur des Hôpitaux

MESSIEURS LES DOCTEURS OLIVIER
Chef de clinique à Lyon
AMIARD, DECOUVELAERE



Digitized by the Internet Archive
in 2025

https://archive.org/details/contributionletu0000vari_q0s3

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

NOTIONS NOUVELLES SUR LA GRIPPE

AVANT-PROPOS

Parvenu au terme de nos études médicales, nous avons un agréable devoir à remplir, celui d'adresser à notre Maître, M. le professeur Chantemesse, l'hommage de notre profonde gratitude.

Admis à remplir les fonctions d'externe dans son service de l'Hôtel-Dieu de Paris, nous avons, pendant près de deux ans, pu profiter de l'enseignement de ce Maître réputé. Auprès de lui et sous sa direction nous avons pu parfaire notre instruction médicale commencée à Lyon, avant la guerre et acquérir de solides connaissances pratiques. Dans le domaine de la fièvre typhoïde notamment, il nous a été donné de constater les splendides résultats du traitement de notre Maître qui pendant tout le temps passé dans son service a donné 100 o/o de guérisons. Dans les septicémies graves nous nous promettons d'employer ses méthodes thérapeutiques dont nous avons pu tout particulièrement apprécier l'efficacité.

Nous le remercions enfin du grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse ainsi que de tous les conseils qu'il nous a donnés pour son exécution.

INTRODUCTION

Depuis plus de six mois que la grippe a fait sa réapparition, il a été beaucoup dit, beaucoup écrit sur ce sujet. C'est qu'en effet, presque aucune maladie ne possède à un aussi haut degré, le pouvoir de diffuser rapidement et d'atteindre en quelques jours une très forte proportion de la population sur laquelle elle vient de s'abattre. Emu de la rapidité d'extension de l'épidémie, le monde médical tout entier s'est occupé de la question et les articles publiés sur ce sujet durant ces trois derniers mois sont très nombreux. Au moment où de nouveau le silence semblait vouloir se faire une recrudescence de l'épidémie donne à la question un regain d'actualité et d'intérêt scientifique. Il nous a paru utile et intéressant de rechercher quelles notions nouvelles, on pouvait tirer de l'étude comparée des épidémies de 1889-1890 et de 1918 au point de vue épidémiologique, bactériologique, clinique, prophylactique et thérapeutique.

Dans ce but, nous avons lu nombre d'articles parus sur cette question sous la plume de nos maîtres les plus illustres. Tous ces matériaux ont

été condensés par nous dans ce modeste travail qui n'a d'autre prétention que celle de présenter sous une forme synthétique les notions nouvelles récemment acquises sur la grippe.

L'ÉPIDÉMIE DE 1889-1890

L'épidémie de grippe de 1889-1890 qui fit tant de bruit, il y a vingt-huit ans, n'a pas été la première en date. En parcourant les anciens auteurs, on la voit signalée très souvent au cours des siècles précédents. Elle serait apparue en France au XII^e^ siècle et aurait donné lieu à de fortes épidémies au XIV^e^ XVII^e^ et XVIII^e^ siècle. Cependant il faut arriver jusqu'en 1837, pour en trouver une description assez détaillée. A cette époque plusieurs auteurs, parmi lesquels nous citerons Landau, Bouillaud, Récamier, Pierry, Monat et Grisolle ont publié sur cette maladie des études assez complètes. En 1847 Graves étudie la maladie à Dublin et va jusqu'à dire qu'elle a fait en Angleterre plus de victimes que le choléra. Nouvelle épidémie en 1858. Puis le silence se fait pendant trente ans.

La grippe reparut en France en 1889. Elle fut très violente et atteignit jusqu'à 75 o/o de la population. Des recherches nouvelles furent faites et dans les années qui suivirent, apparurent de nombreuses descriptions. Nous les résumons brièvement.

Dans les leçons cliniques du professeur J. Teis-

sier, nous trouvons de la grippe cette définition : « Maladie infectieuse, épidémique et spécifique ». Cette notion d'infection spécifique était une nouveauté à cette époque où beaucoup tendaient à expliquer la maladie par « l'action de germes multiples différents, puisant dans certaines transformations des milieux cosmiques une virulence particulière ». En face de cette opinion, le professeur Teissier opposait le résultat de ses expériences, démontrant la présence dans l'urine de ses malades, d'éléments lancéolés groupés deux par deux, ressemblant au pneumo-bacille de Friedland, mais plus grands et plus mobiles. Cultivés sur gélatine, ces bacilles donnaient des colonies rappelant celle du B. Coli. Inoculés ils reproduisaient la maladie.

La contagion, pensait-on, devait se faire, soit par le contact d'homme à homme, soit par l'eau. Le premier de ces modes de contage est fort intéressant à noter, puisque nous le retrouverons dans l'épidémie de cette année.

Au point de vue des formes cliniques de la maladie, on trouve décrites une forme commune avec frisson initial, céphalée, rachialgie, sensation de brisement, température à 39 ou 40 degrés, urines rares, albuminurie, hypertrophie du foie et de la rate. L'évolution de cette forme était de trois jours. A côté de cette grippe banale nous trouvons la description d'une forme nerveuse avec dépression physique intense et myalgie généralisée. La forme thoracique est longuement décrite, parce que de

beaucoup la plus fréquente. Ses caractères sont très intéressants à noter puisque nous les retrouverons à peu près sans exception dans l'épidémie actuelle. Ce sont l'angoisse respiratoire souvent disproportionnée avec les signes d'auscultation, la mobilité de ces signes disparaissant rapidement d'un jour à l'autre et qui souvent n'ont pas mis plus de temps à s'installer, enfin le caractère spasmodique de l'irritation laryngo-trachéale.

On trouve également signalée une forme gastro-intestinale que caractérise une diarrhée abondante avec langue saburrale, nausées, vomissements et une forme pseudo-tuberculeuse avec expectoration purulente, crachats déchiquetés. Enfin on trouve relatées quelques grippes à forme éruptive.

L'étude des complications demande quelques détails.

Huchard décrit en effet : 1° une grippe sans fièvre, mais compliquée d'une dyspnée vive, sans signes de bronchite ou de congestion, forme très grave, 2° la congestion pulmonaire banale, d'origine vaso-paralytique probablement, déjà signalée par Graves à propos de l'épidémie de 1847 ; 3° la congestion pulmonaire avec crachats hémoptoïques, dyspnée intense, congestion centrale bien souvent, d'où son apparence de bénignité due à ce que les signes échappent plus aisément à l'auscultation ; 4° l'œdème pulmonaire ; 5° la pneumonie grippale, pneumonie en bloc à hépatisation rapide (24 heures) et n'ayant pas les caractères de la pneumonie franche.

L'absence du frisson initial, du souffle tubaire est signalée. Huchard range cette complication parmi les états congestifs dus à un état de parésie du vague.

De son côté, Landau dans sa description de la grippe de 1837 décrit une forme de pneumonie assez spéciale avec pouls lent, face pâle, lèvres cyanosées et respiration du type de ce que l'on a nommé le Cheynes-Stokes. Tous ces symptômes sont attribués à l'intoxication du bulbe ; 6° les formes à localisation cardiaque avec *angor pectoris*, pouls instable, intermittences fréquentes et collapsus final ; 7° les complications nerveuses avec hyperesthésie, vertige ou délire violent survenant brusquement à la période d'invasion, surprenant même le malade, dans un cas cité, pendant une promenade et disparaissant brusquement dès le lendemain.

Les mêmes complications sont décrites par nombre d'auteurs qui y ajoutent parfois des complications pleurétiques, rénales, articulaires. Enfin il est souvent fait mention des séquelles éloignées : sensation de faiblesse générale prolongée et névrites tenaces et rebelles.

Telles sont ainsi résumées les diverses manifestations de la grippe et de ses complications en 1889. En face de ce tableau, nous allons dresser celui de l'épidémie actuelle avec ses diverses formes et ses complications en nous basant, chaque fois que cela nous sera possible, sur les observations que nous avons pu recueillir.

L'ÉPIDÉMIE DE 1918

L'épidémie actuelle paraît avoir débuté au printemps de 1918. Les premiers cas en ont été signalés en mai et en juin. Il ne semble pas qu'à cette époque, on ait fait le rapprochement avec l'épidémie de 1889. C'est qu'en effet, la grippe sous la forme qu'elle revêtait alors ne ressemblait que fort peu à la grippe de ces trois derniers mois. S'il est vrai, et cela semble bien démontré, que son état aigu présentait les mêmes symptômes qu'actuellement (fièvre, céphalée, courbature, asthénie) il est également vrai que ses complications étaient d'un tout autre ordre. L'appareil digestif était presque toujours en cause, et nous avons pu suivre quelques cas de cette complication. C'étaient surtout des diarrhées abondantes cholériformes ou dysentériformes. Nous avons à notre connaissance un cas où, en présence de ces symptômes, on pratiqua l'examen des selles qui se montra absolument négatif. Il ne s'agissait ni de choléra, ni de dysenterie.

A mesure que la saison s'avança, les complications changèrent et, dès le mois de septembre, les localisations pulmonaires furent de beaucoup les plus

nombreuses et les plus graves. Il y a lieu de noter, en effet, que le jour où le germe de la grippe a élu domicile dans le poumon, il a manifesté une virulence plus forte. Il est évident qu'au contact du parenchyme pulmonaire, dans les chaudes alvéoles irriguées par un riche réseau sanguin, il a trouvé un milieu de multiplication de premier ordre.

Nous avons relevé dans le service du professeur Chantemesse 136 observations de grippe, provenant, pour la plus grande part, de ces trois derniers mois. Sur cet ensemble de cas, les complications pulmonaires se sont montrées soixante-huit fois soit chez plus de la moitié des malades observés.

Ce pourcentage énorme de complications est très probablement dû au milieu hospitalier où vivent ces malades. Les auteurs qui ont étudié cette question, sont unanimes à admettre ce fait frappant. Partant de cette constatation, ils ont recommandé l'isolement individuel des malades et le départ précoce des convalescents. Nous connaissions déjà l'inclémence de l'hôpital pour les rougeoleux. Celle constatée envers les grippés constitue une notion nouvelle pleine d'intérêt.

Quelles sont ces complications pulmonaires de la grippe? La broncho-pneumonie vient au premier rang par sa fréquence et par sa gravité. Par sa fréquence, puisque dans les statistiques que nous avons pu établir, nous la trouvons trente-trois fois sur les 68 cas de complications pulmonaires. Par sa gravité également, puisqu'elle englobe à elle seule 10 décés sur 15,

mortalité totale de cette même statistique. Après elle, vient la pneumonie de fréquence bien moindre, 5 cas seulement, mais à mortalité assez élevée (1 décès sur 5 cas). Il faut y joindre la pleurésie métapneumonique dans la moitié des cas (4 sur 8). La bronchite, assez fréquente, et la congestion plus rare n'ont qu'une mortalité beaucoup plus faible (1 décès sur 20 cas).

A côté de ces complications pulmonaires très répandues, il faut placer les localisations circulatoires. Le cœur, comme dans toute infection grave, a été assez souvent touché, soit comme complication terminale d'une broncho-pneumonie ou d'une pneumonie à évolution fatale, soit comme complication primitive de la maladie. L'endocardite, la myocardite, la péricardite même avec épanchement, ont été plusieurs fois signalées. Du côté de la circulation périphérique, les hémorragies (épistaxis surtout) ont été assez fréquentes, leur pronostic d'ailleurs étant habituellement bénin.

Enfin il est incontestable qu'à côté des formes pseudo-tuberculeuses décrites en 1890, il existe des complications de la grippe dues à la tuberculose. Tantôt, une tuberculose latente s'est révélée à l'occasion de la grippe. Tantôt, au contraire, antérieure à la grippe, elle a acquis du fait de cette dernière, une gravité toute spéciale, pouvant même conduire en quelques semaines à la mort, des malades qui auraient pu résister longtemps encore. Cette complication n'a pas été la moins redoutable. Nous en

avons 2 cas dans notre statistique avec un décès (obs. XIV).

Il faut également faire une place, bien qu'elles soient rares, aux formes septicémiques de la grippe. Nous en possédons une observation personnelle où en face de peu de symptômes pulmonaires nous avons noté tous les signes d'infection grave : température élevée, teint jaune, terreux, pouls petit, mal frappé, langue rôtie, peau sèche, foie gros et douloureux et diminution de la quantité des urines (obs. XX).

Enfin, parmi les complications éloignées de la grippe, on a signalé l'apparition de néphrites, de troubles cérébraux prolongés, caractérisés par une amnésie totale et plus rarement par des troubles mentaux.

ETUDE CRITIQUE

Lorsqu'on compare les deux épidémies que nous venons de décrire, celle de 1889 et celle de 1918, on ne peut pas ne pas être frappé de leurs nombreux points de ressemblance. Dans l'une comme dans l'autre, il s'agit d'une maladie à incubation courte (quelques heures à un jour) à évolution rapide, trois à quatre jours (voir observations I, II, III, IV), présentant les mêmes symptômes et la même série de complications. Les descriptions de ces deux épidémies se superposent dans leurs grandes lignes. C'est un fait incontestable.

Est-ce à dire que les diverses manifestations de cette affection ont été exactement les mêmes ? Nous ne le pensons pas.

L'épidémie de 1889 débuta en hiver, pendant lequel elle fit également son évolution. Celle de 1918 est apparue au printemps, s'est continuée pendant l'été et l'automne et ses manifestations ont varié suivant les saisons. En 1889, les poumons ont été surtout touchés. En 1918, ceci est vrai encore, mais avec quelques restrictions. Il ne faut pas perdre de vue, qu'à ses débuts, la grippe fut surtout intestinale.

Les cas de juin, juillet et août furent de ce nombre. Nous avons eu personnellement, en août dernier, l'occasion de traiter dans une petite ville de province, un certain nombre de cas de cette grippe. Or toutes, sauf une, furent intestinales. Il s'agissait, le plus souvent, de diarrhées abondantes, répétées, quinze à vingt fois par vingt-quatre heures, avec quelquefois du sang dans les selles, avec un état général de moyenne gravité, sans grosse température, mais avec asthénie très marquée et pronostic généralement bon. Plus tard, en septembre, apparurent les complications pulmonaires, à mesure que disparaissaient peu à peu les complications intestinales. Il nous semble que dès à présent il convient de signaler cette variété dans la localisation de l'infection subissant l'influence de la saison.

De plus, alors qu'en 1889, la pneumonie surtout domina le tableau clinique, c'est la broncho-pneumonie qui, cette fois-ci, vient au premier rang de la liste des complications (Obs. V, VI, VII, VIII, IX, X). Mais dans les deux épidémies, que ce soit la pneumonie ou la broncho-pneumonie, on est souvent frappé de l'insignifiance, on pourrait même dire de l'insuffisance des signes d'auscultation, en présence d'un état général grave. Plusieurs fois, nous nous sommes trouvé en face de malades dyspnéiques, cyanosés, chez qui il aurait été logique de trouver des lésions graves. Or, à l'auscultation, on ne trouvait souvent que quelques râles épars dans les poumons et rien de plus (Obs. VI). Il semble bien qu'en

pareil cas il s'agisse de ces phénomènes de paralysie ou tout au moins de parésie du vague décrits par Graves, puis en 1890 par Huchard et attribués à l'action des toxines microbiennes sur les centres nerveux.

Bactériologie. — Quels sont donc ces agents microbiens? A la suite de l'épidémie de 1889, de nombreux bacilles furent cités comme cause de la maladie. Nous avons signalé précédemment la description de bacilles lancéolés, groupés deux par deux, ressemblant au pneumobacille de Friedlander et découverts par le professeur Teissier dans l'urine de ses malades. Les recherches récentes n'ont pas permis de les retrouver d'une façon constante et il s'agit très certainement d'un microbe d'association et non de l'agent spécifique. En 1892, Pfeiffer signala la présence constante dans les expectorations des grippés, d'un cocobacille auquel on a donné son nom. Ce bacille a été retrouvé par la plupart des auteurs en France et à l'étranger. Certains médecins anglais l'ont même trouvé dans tous les cas. Toutefois, depuis longtemps déjà, la spécificité de ce microbe était contestée et quelques auteurs soutiennent même ne l'avoir jamais rencontré. Tout récemment, MM. Nicolle et Lebailly de Tunis ont communiqué à l'Académie des Sciences le résultat d'expériences qui les ont amenés à affirmer l'existence d'un agent pathogène invisible, qu'ils ont rangé dans la catégorie des virus filtrants. Ces auteurs ont recueilli l'expectoration bronchique des grippés à la période

aiguë et l'ont inoculée sans filtration à un singe et après filtration à deux sujets de bonne volonté (ces deux sujets ont été inoculés par voie sous-cutanée). A la suite de ces inoculations, ils ont fait les constatations suivantes : 1° Le singe est nettement sensible à l'inoculation du virus; 2° Les sujets inoculés par voie sous-cutanée avec l'expectoration filtrée ont contracté la grippe. Enfin, dans une seconde série d'expériences, MM. Nicolle et Lebailly ont constaté que l'inoculation sous-cutanée du sang d'un grippé à la période aiguë est négative, ce qui laisse supposer que le virus ne se trouve pas dans le sang des malades. Des expériences non moins intéressantes ont été faites par M. Dujarric de la Rivière. Ayant prélevé à quatre grippés 20 centimètres cubes de sang, M. Dujarric a mélangé les quatre sangs après défibrination, puis a filtré le mélange. Quatre centimètres cubes du filtrat ainsi obtenu lui ont été inoculés sous la peau. Après deux jours passés sans aucun malaise, la grippe a éclaté sous sa forme typique et a fait son évolution en quatre jours. Les jours suivants tout paraît rentré dans l'ordre quand éclatent des troubles cardiaques caractérisés par des douleurs précordiales avec irrégularité du pouls et essoufflement au moindre effort. Nous reviendrons plus loin sur l'expérience du même auteur relative à l'immunité.

Etant donné les résultats positifs des expériences de MM. Nicolle et Lebailly et de M. Dujarric, la spécificité du cocobacille de Pfeiffer est réduite à

néant. Peut-être s'agit-il d'un microbe d'association jouant auprès du virus filtrant le même rôle que le streptocoque vis-à-vis du virus de la scarlatine. Le bacille de Pfeiffer rentrerait alors dans la même catégorie que le pneumocoque, le streptocoque, le staphylocoque, qui ont tous été trouvés dans la grippe et qui n'entrent en ligne de compte que comme facteurs de gravité.

Contagion. — La question de la contagion de la grippe n'est pas une des moins intéressantes, puisque de son étude découlera tout naturellement la prophylaxie. En 1889, on a incriminé le contage d'homme à homme et l'influence de l'eau. Il ne semble pas actuellement, que l'eau puisse jouer un rôle dans la transmission de la maladie. Par contre, la contamination à la suite du contact avec un malade est certaine. Elle s'effectue par l'intermédiaire des particules projetées par le malade dans ses efforts de toux, particules qui, à l'examen, se sont toujours montrées virulentes. Nous avons connaissance d'un foyer de grippe qui s'est développé nettement par ce mode de propagation direct. Une jeune femme voyage, durant deux heures, dans un wagon au complet, en contact avec un grippé, qui la prévient d'ailleurs du danger qu'il présente. Dès le soir même, soit trois à quatre heures après le contact, cette jeune femme tombe malade. Elle transmet la maladie à son mari. Celui-ci va néanmoins à ses affaires alors que déjà il tousse et expectore. Il voit deux ou trois personnes, leur transmet la maladie et, dès le lendemain, soit

quarante-huit heures après le premier contact, plusieurs personnes sont atteintes de la grippe qui semble d'ailleurs acquérir de ses transports successifs, une virulence de plus en plus forte. Cette série de contamination n'est pas un fait exceptionnel et il s'en est produit bien souvent dans le cours de ces derniers mois.

Prophylaxie. — Quelle devra être la prophylaxie de cette maladie si contagieuse ? Ce sera d'abord l'isolement des malades. Cet isolement devra être précoce, puisque, dès le début le malade est dangereux, il devra être individuel, pour réduire au minimum les inconvenients de l'hospitalisation. Il ne devra pas être prolongé au delà de quelques jours, sauf, bien entendu, dans le cas de complications graves. Malheureusement, cet isolement si utile ne peut pas être facilement exécuté. L'exiguïté des appartements dans les grosses agglomérations, le surpeuplement des services hospitaliers en limitent l'emploi. Mais il n'en constitue pas moins une mesure utile à laquelle il faudra toujours songer. De plus, étant donné le danger de contage par les particules que projettent les malades en toussant, il semble que l'on pourrait efficacement avoir recours au masque protégeant le visage, sorte de cagoule comme on en employa jadis contre la peste. Ces masques ont été d'ailleurs employés en plusieurs endroits avec succès. M. le Professeur Bar a prouvé son utilité pratique par les résultats obtenus à la clinique Tarnier. Il avait observé, en cinq jours,

33 cas de grippe sur 143 personnes vivant dans son service (infirmières, mères, enfants). Il ordonna le port du masque. A dater de ce jour, il n'y eut plus aucune contamination nouvelle à la clinique Tarnier.

Pour limiter, dans la mesure du possible, l'extension de l'épidémie, il y aurait lieu de généraliser les mesures prises dans certaines villes, par les municipalités et consistant dans la fermeture de tous les lieux de réunion publique. Les églises, les théâtres, cinémas, etc... aident d'une façon certaine à l'extension de la maladie.

Enfin l'armée anglaise semble avoir tiré de grands avantages de l'emploi d'un vaccin préventif à base de pneumocoques, de streptocoques et de cocobacilles de Pfeiffer.

La désinfection nous semble au contraire inutile. Il s'agit en effet de germes extrêmement ténus, à vitalité très faible, disparaissant rapidement de l'organisme atteint, et n'ayant, par suite, aucune tendance à se transmettre par l'intermédiaire des objets ayant servi au malade ou ayant été en contact avec lui. Nous croyons devoir, à ce propos, signaler le fait suivant : Au cours de l'épidémie de cette année, on observa un jour à Brest plusieurs cas de grippe dans un casernement militaire. Pour des raisons d'ordre militaire, ce cantonnement fut évacué par tous les hommes malades ou bien portants qui l'habitaient. Aucune désinfection ne fut faite. Peu de jours après, un autre détachement composé uniquement

d'hommes en bonne santé, s'installa dans les mêmes locaux et y séjourna un certain temps. Or aucun cas de grippe ne fut constaté dans ce détachement pendant son séjour dans ces locaux, malgré l'absence absolue de désinfection. Si l'on considère d'une part la virulence de la grippe, sa facilité de dissémination et d'autre part, l'immunité absolue des hommes séjournant dans ce milieu supposé infecté, on est en droit d'en conclure que la désinfection, s'est faite d'elle-même par le seul fait du départ des malades.

Immunité. — A côté de la question de la prophylaxie se pose celle de l'immunité. On a essayé de l'expliquer par une atteinte antérieure remontant même jusqu'en 1889. Cela nous semble peu probable. Nous connaissons plusieurs exemples de personnes ayant eu la grippe en 1889 et qui la contractèrent de nouveau cette année. Bien des jeunes gens nés depuis 1889 sont restés indemnes. Enfin en dehors des grandes épidémies, la grippe règne à l'état endémique chaque hiver, et nombre de personnes lui paient leur tribut presque chaque année. Pourquoi ne s'immunisent-elles pas ?

Nous croyons plus vraisemblable l'explication basée sur l'état de réceptivité ou de non-réceptivité du sujet, au moment où il se trouve dans les conditions de contage. Néanmoins l'immunité acquise doit exister. Nous devons signaler l'expérience de M. Dujarric, qui, guéri de la grippe qu'il s'était fait inoculer, se fait badigeonner la gorge, le rhino-pharynx et la

muqueuse nasale avec le filtrat de crachats de grippés et reste indemne. Toutefois cette immunité doit être assez courte. Nous connaissons un cas de récidive à deux mois d'intervalle, récidive très légère, il est vrai, et qui céda à un repos de trois ou quatre jours. L'immunité n'est donc que passagère.

Traitement. — Les traitements les plus variés ont été mis en œuvre contre la grippe et ses complications. Il faut, croyons-nous, placer en premier lieu, le repos au lit. En nous reportant aux observations que nous avons réunies, nous avons été frappés de la présence fréquente des complications graves dans les cas où le malade ne s'est pas alité, dès le début de la maladie. C'est là évidemment une règle générale dans toute maladie, mais particulièrement importante dans la grippe. L'absorption des boissons alcoolisées fortement conseillée par les uns, très décriée par les autres, ne doit pas, à notre avis, être négligée. Sans doute elle ne fera pas couper court a toutes les grippes, mais elle en arrêtera quelques-unes et, bien souvent, mettra à l'abri des complications plus redoutables que la maladie elle-même. A ce traitement du début, on joindra utilement la désinfection de l'organisme par les diurétiques, la théobromine, l'urotropine, la lactose, celle des cavité naturelles par des gargarismes, des lavages fréquents. La quinine semble également utile à doses faibles pour lutter contre l'asthénie si fréquente. La poudre de quinquina, préconisée par quelques-uns,

semble avoir donné d'excellents résultats. Une alimentation très légère sera indiquée dans les cas sans gravité.

Le traitement des complications comporte de nombreuses indications. Dans les accidents pulmonaires, nous avons constaté l'action bienfaisainte des enveloppements froids du thorax, agissant à la fois comme antithermiques et sédatifs nerveux.

L'expectoration sera favorisée par l'acétate d'ammoniaque, la terpine ou mieux la térébenthine. Nous l'avons vue, dans un cas, très nettement influencée par l'application de l'enveloppement froid.

Les injections de sulfate de strychnine (1 à 2 milligrammes par jour) agissent de la façon la plus heureuse sur l'asthénie du sujet et la parésie des muscles bronchiques.

Nous croyons qu'il faut y joindre d'un façon précoce, le sulfate de spartéine à doses journalières de 5 à 10 centigrammes, afin de prévenir les accidents cardiaques si redoutables en pareil cas. La digitale soit en nature, soit sous forme de digitaline, trouve parfois son indication à doses moyennes et rarement renouvelées. L'huile camphrée trouve elle aussi toutes ses indications.

Enfin la cyanose et la dyspnée sont heureusement combattues par les ventouses sèches ou scarifiées, alors même que les signes d'auscultation ne semblent pas les réclamer.

Les formes très infectieuses de la maladie doivent,

nous semble-t-il, être traitées d'une façon précoce par l'abcès de fixation.

Qu'il s'agisse en effet, de localisations pulmonaires ou cardiaques, ce qui domine souvent, c'est l'infection profonde par les microbes d'association se développant à la faveur de la moindre résistance de l'organisme. L'abcès de fixation, en provoquant une hyperleucocytose manifeste, permet à l'organisme de lutter plus efficacement contre l'infection menaçante. Il n'est pas besoin d'insister sur la bénignité absolue de ce traitement qui nous a donné de bons résultats dans un cas soigné par nous (Obs. XX).

On a préconisé contre l'infection l'emploi des métaux colloïdaux. Dans deux cas, nous avons employé l'électrargol sans résultat (Obs. XX). Peut-être les résultats seraient-ils meilleurs, si l'injection était précoce, mais à la période d'état de la maladie ce produit s'est montré impuissant. Nous avons essayé également l'électraurol à dose faible (Obs. XX) (2 cmc. par jour). Le résultat semble meilleur, puisque nous avons vu coïncider la défervescence avec l'administration de ce médicament, mais nous croyons devoir signaler l'excitation nerveuse consécutive à ces injections et qui n'est peut-être pas dénuée de gravité.

Enfin le délire, fréquent dans les formes très infectieuses, sera calmé avantageusement par les bains répétés à 38 degrés, le repos absolu dans l'obscurité.

Dans ces derniers temps, on a préconisé dans la grippe, l'emploi d'un sérum antipneumococcique.

Etant donnée la fréquence du pneumocoque dans les complications de la grippe, ce traitement trouverait souvent son indication. Les premiers résultats publiés semblent très satisfaisants. Malheureusement l'emploi de ce sérum a été jusqu'ici très restreint et nécessitera de nouvelles expériences.

OBSERVATIONS

Obs. I. — Mme L... Anna, trente ans. Entre à l'hôpital dès les premiers symptômes de la maladie. Présente dès son entrée les symptômes habituels ; courbature généralisée, céphalée. A l'auscultation, quelques râles sous-crépitants à la base droite. Evolution en quatre jours. Guérison sans complications.

Obs. II. — Mme S..., Eugénie, trente-trois ans. Entre à l'hôpital dès les premières sensations de malaise général et de céphalée. Signes habituels de la grippe légère. Quelques râles à la base gauche. Evolution en trois jours. Guérison sans complications.

Obs. III. — Mme C..., Jeanne, trente ans. Infirmière ayant contracté la maladie dans un service de grippés. Entre à l'hôpital au début de la maladie. Grippe commune sans aucune complication. Guérison en quatre jours.

Obs. IV.— Mlle D..., Suzanne, vingt-deux ans. Entre à l'hôpital au deuxième jour de sa maladie. Grippe simple évoluant en trois jours sans aucune complicacion. Rien à l'auscultation. Conserve à sa sortie de l'hôpital, le quatorzième jour, une asthénie assez marquée.

Obs. V. — Mme R..., Mélanie, quarante ans. Entre à l'hôpital au premier jour de sa grippe. Evolution normale. L'auscultation dénote une bronchite légère, surtout à gauche, avec un peu de diminution du murmure vésiculaire à droite. Au sixième jour, après quarante-huit heures de mieux sensible, réascension thermique (39°6). A l'auscultation, on note une respiration soufflante aux deux sommets et plusieurs foyers de râles sous-crépitants aux deux bases. Pas de souffle tubaire. Etat général assez satisfaisant. Rien dans les urines. Il s'agit d'une broncho-pneumonie. Traitement par les enveloppements froids du thorax, ventouses sèches. Todd, acétate et sulfate de spartéine, 4 centigrammes par jour. Guérison au dix-huitième jour.

Obs. VI. — Mlle L... Léontine, vingt-trois ans. Entre à l'hôpital dans un état d'extrême gravité. Dyspnée intense, cyanose, température élevée. A l'auscultation, on note simplement quelques sibilances et quelques gros râles dans toute l'étendue du poumon droit. Au troisième jour on découvre un petit foyer de râles sous-crépitants. Urines albumineuses. Mort le quatrième jour. En somme peu de signes d'auscultation coïncidant avec un état très grave.

Obs. VII. — Mlle M... Louise, vingt et un ans. Entre au quatrième jour de sa maladie en pleine broncho-pneumonie gauche. Etat général très grave. Température à l'entrée, 42 degrés. Dyspnée intense. Expectoration épaisse, abondante, verdâtre. Plusieurs épistaxis. Urines albumineuses. Pas de délire. Traitement par les enveloppements froids. Réaction très marquée à chaque enveloppement. Ventouses

scarifiées, sulfate de spartéine o gr. 04 par jour. Défervescence assez brusque. Guérison au onzième jour.

Obs. VIII. — Mlle B... Rachel, vingt-cinq ans. Entre à l'hôpital dans un état très grave. Serait malade chez elle depuis huit jours. Gros foyer de broncho-pneumonie gauche. Cyanose et dyspnée intense. Les bruits du cœur sont sourds, mal frappés. Mort au quatrième jour de collapsus cardiaque, malgré l'amélioration marquée des signes pulmonaires.

Obs. IX. — Mme L... Lucie, trente-cinq ans. Entre à l'hôpital dans un état très grave. Gros foyers bilatéraux de broncho-pneumonie. Dyspnée intense. Pouls petit, rapide. Mort au deuxième jour.

Obs. X. — Mlle B... Jeanne, vingt-quatre ans. Entre au cinquième jour de la maladie dans un état d'adynamie extrême. Délire léger, cyanose et dyspnée. A l'auscultation, foyer de broncho-pneumonie à droite, gros souffle à gauche. Mort en vingt-quatre heures.

Obs. XI. — C... Félicie, vingt-huit ans. Entre le premier jour de sa grippe. Début brusque avec température élevée. Evolution en trois jours, puis réascension thermique brusque. A l'entrée, respiration très soufflante des deux côtés. Au cinquième jour, souffle tubaire très net à gauche avec point de côté. Pas d'expectoration rouillée, quelques crachats verdâtres. Pas de délire. Evolution en sept jours. Guérison. La malade conserve une asthénie très marquée. Forme de grippe pulmonaire avec infection très virulente.

Obs. XII. — B... Marguerite, vingt ans. Entre en pleine pneumonie, cinq jours environ après le début de la maladie.

Pneumonie typique. Evolution en quatre à cinq jours, suivant la marche d'une pneumonie franche. Seule,la notion de grippe antérieure fait considérer cette pneumonie comme complication de l'épidémie.

Obs. XIII. — C... Lucie. Entre au troisième jour de sa grippe. Délire violent à l'entrée. Apparition des signes classiques de la pneumonie avec pleurésie concomitante. Guérison lente en quarante-cinq jours.

Obs. XIV. — Mlle S... Anselma, trente-quatre ans. Grippe d'apparence assez légère évoluant chez une femme tuberculeuse au premier degré. Accroissement marqué des signes de tuberbulose. Mort au vingt-cinquième jour.

Obs. XV. — Mme L... Marthe, vingt-quatre ans. Entrée au deuxième jour de la maladie. Grippe intestinale avec diarrhée dysentériforme, sur laquelle vient se greffer une pneumonie droite évoluant en sept jours. Guérison au douzième jour.

Obs. XVI. — Mlle R... Blanche. Entrée à l'hôpital au deuxième jour d'une grippe commune. Défervescence au troisième jour, puis apparition d'une pneumonie double atypique caractérisée simplement par un point de côté et un souffle tubaire. Pas d'expectoration rouillée. Au huitième jour, défervescence suivie de l'apparition d'une pleurésie droite. Liquide jaune orangé. Pas de pus. Guérison au vingt-sixième jour.

Obs. XVII. — Mlle B... Jeanne. Entrée à l'hôpital au deuxième jour d'une grippe assez forte, avec symptômes

généraux très marqués : céphalée intense, courbature, température à 40°6. Légère défervescence que suit immédiatement une nouvelle ascension thermique. L'examen des poumons dénote à droite la présence de sibilances et de râles ronflants et à gauche un gros foyer de râles sous-crépitants. Défervescence définitive au cinquième jour de la complication.

Obs. XVIII. — Mme Z... Odile. Malade chez elle depuis plusieurs jours (une semaine environ). Entre dans un état très grave, avec cyanose et violente dyspnée. Gros foyer de broncho-pneumonie droite. Les bruits du cœur sont sourds, mal frappés. Le pouls est petit et rapide. Urines rares et albumineuses. Mort le troisième jour avec 41°2 malgré un traitement intensif (enveloppements froids du thorax, ventouses scarifiées, spartéine 0 gr. 05).

Obs. XIX. — Mme G... Léa, vingt ans. Entrée à l'hôpital le premier jour de sa grippe. Evolution simple en trois jours. Légère réascension thermique. Bronchite simple. Guérison en dix jours. La malade conserve une asthénie très marquée et persistante.

Obs. XX. — M. D..., cinquante-cinq ans. Début brusque par un frisson trente-six heures après le contage. Grippe évoluant normalement en trois jours. Dès le soir du troisième jour, réascension thermique. Etat général grave. Le malade semble profondément infecté. Le teint est terreux, la langue épaisse, sèche, rôtie. Le foie est gros et douloureux. Les urines sont foncées mais assez abondantes (1 litre). A l'auscultation, congestion des deux bases sans souffle. Délire doux. Température s'élevant lentement jusqu'à 40°3. Traite-

ment par les enveloppements froids du thorax. Devant les signes d'infection, on fait 10 centimètres cubes d'électargol. Aucune réaction. On essaie le lendemain l'électaurol (2 cmc.) en injection sous-cutanée. Excitation violente se prolongeant pendant vingt-quatre heures. Défervescence assez brusque. Entre temps, devant la gravité de l'état général, on fait un abcès de fixation (1 cmc. essence de térébenthine). Au quatrième jour, amélioration de l'état général resté grave malgré la défervescence. Relèvement du taux des urines. Le délire devient plus doux, intermittent. Le teint est meilleur, la langue redevient lentement normale. L'appétit renaît. Le malade conserve pendant une huitaine de jours une amnésie spéciale. Il ne reconnaît pas l'appartement qu'il habite et qui pourtant lui est familier. Guérison en vingt jours sans sequelles.

CONCLUSIONS

Dans leurs grandes lignes, l'épidémie de 1889-1890 et celle de 1918 sont identiques.

Les notions nouvelles acquises sont :

1° Dans le domaine épidémiologique, la non-influence de la saison sur l'apparition de la grippe (hiver 1889, printemps 1918);

2° Dans le domaine clinique, la prédominance de la broncho-pneumonie (au lieu de la pneumonie en 1889);

3° Au point de vue bactériologique. La découverte d'un virus filtrant par MM. Charles Nicolle et Lebailly (virus ayant reproduit la grippe expérimentalement, sans le concours du bacille de Pfeiffer ou d'autres bacilles associés). Expérience de M. Dujarric de la Rivière;

4° Au point de vue prophylactique :

a) La nécessité de l'isolement individuel précoce ;

b) La nécessité de l'éloignement des convalescents du milieu hospitalier;

c) L'efficacité du masque protecteur ;

d) L'utilité de la fermeture de tous les lieux de réunions publiques (églises, théâtres) ;

e) L'emploi d'un vaccin préventif utilisé dans l'armée anglaise avec succès ;

f) L'inutilité de la désinfection ;

5° Au point de vue de l'immunité, l'inconstance de

l'immunité acquise à longue ou à courte échéance, l'évidence de l'immunité naturelle non expliquée ;

6° Au point de vue du traitement :

A) Dans les cas légers (sans complications) :

1° Nécessité du repos au lit précoce ;

2° Usage modéré des boissons alcoolisées ;

3° Emploi du quinquina et de la quinine (tonique) ;

4° Désinfection de l'organisme (diurétiques, désinfection de la bouche et du rhino-pharynx).

B) Dans les cas graves (avec complications) :

1° Utilité des enveloppements froids du thorax, des ventouses sèches ou scarifiées ;

2° Utilité de l'acétate d'ammoniaque, de la terpine ou mieux de la térébenthine ;

3° Utilité du sulfate de strychnine dans les complications pulmonaires.

4° Utilité du sulfate de spartéine et de l'huile camphrée dans les complications cardiaques ;

5° Manque d'efficacité de l'électrargol et inconvénients de l'électraurol (excitation) ;

6° Utilité de l'abcès de fixation précoce dans les formes septicémiques ;

7° Efficacité du sérum antipneumococcique dans certaines formes de complications pulmonaires à pneumocoque seul ou prédominant.

Vu : le Président de la thèse
CHANTEMESSE

Vu : le Doyen
ROGER

Vu et permis d'imprimer
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
L. POINCARÉ

BIBLIOGRAPHIE

Landau. — Archives générales de médecine, 1837, t. I.

Jaccoud. — De l'épidémie actuelle de grippe (France médicale, Paris 1889, t. II).

— Sur la grippe (Bulletin de l'Académie de médecine de Paris, 1890, t. XXIII, p. 209-211).

Grasset. — Leçons sur la grippe de l'hiver 1889-1890 (Montpellier médical, 1890, t. XIV).

Huchard. — Sur quelques formes cliniques de la grippe (Bulletins et Mémoires des Sociétés médicales des Hôpitaux de Paris, 1890, t. VII, p. 53-63).

— La grippe (Gazette des Hôpitaux de Paris, 1890, t. LXII p. 165-175).

— La convalescence de la grippe (Bulletins et Mémoires des Sociétés médicales des Hôpitaux de Paris 1890, t. VII, p. 363-367).

Duponchel. — Pneumonie grippale (Société médicale des Hôpitaux, 1890, t. VII, p. 40).

Comby. — La gripppe chez les enfants (Société médicale des Hôpitaux, 1890).

Teissier (J.). — La grippe (Province médicale de Lyon, 1892, t. VI, p. 313 et suiv.).

Teissier, Roux et Pittion. — Sur une nouvelle diplobactérie pathogène retirée du sang et des urines de malades affectés de grippe (Compte rendu de l'Académie des Sciences de Paris, 1892, t. CXIV, p. 857-860).

Bouchard. — Traité de pathologie générale, 1896, t. II, p. 436.

Lereboullet. — La grippe en 1918 (Paris médical, 1918, n° 46, p. 371).

Violle (*H.*). — Pandémie de grippe (Presse médicale, 1918, n° 58, p. 57).

Netter (*A.*). — L'épidémie d'influenza de 1918 (Paris médical, 1918, n° 46, p. 382).

Renon et Mignot. — La grippe de 1918 (Paris médical, 1918, n° 46, p. 387).

Ravaut, Reniac et Legroux. — Sur deux formes particulièrement graves de grippe pulmonaire observées dans la région de Marseille (Paris médical, 1918, n° 46, p. 390).

Lereboullet. — Traitement de la grippe (Paris médical, 1918, n° 46, p. 397).

Richet (*Charles*) *et Barbier* (*André*). — Bactériologie des complications pulmonaires de la grippe (Paris médical, 1918, n° 46, p. 397).

Nicolle (*Charles*) *et Lebailly.* — Le microbe de la grippe. Communication à l'Académie des Sciences (Presse médicale 1918, n° 58, p. 537).

— Office international d'hygiène publique, Paris, 1918, t. X, Fascicule 11.

Imp. JOUVE et Cie, 15, rue Racine, Paris — 3958-19

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE